

COMPARACIÓN DE TRES MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN ESQUIZOFRENIA: TERAPIA PSICOSOCIAL, MUSICOTERAPIA Y TERAPIAS MÚLTIPLES

MARCELO VALENCIA¹, ESTHER MUROW,

Y

MARÍA LUISA RASCÓN

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México

ABSTRACT

A randomized comparative control trial of three treatment conditions: 1) psychosocial therapy, 2) musicotherapy, and 3) multiple therapies, was carried out in 58 out-patients with schizophrenia who were evaluated after 6 months of therapy. Significant differences were found between the three treatment groups in levels of psychosocial functioning and global functioning. Patients in the psychosocial therapy group had higher levels of improvement compared with those in the other two treatment conditions. Psychosocial therapy and musicotherapy showed a larger effect size. Non-significant differences were found in relapse and rehospitalization rates. Psychosocial therapy and musicotherapy groups had a higher degree of therapeutic adherence. A control group was used; patients under this condition remained stable in their symptoms, but showed no improvement in any of the clinical or psychosocial variables; relapse and rehospitalization rate for this group was also in a higher proportion when compared with the three treatments under study.

Key words: Schizophrenia, psychosocial interventions, psychosocial functioning, relapse, rehospitalizations, therapeutic adherence

¹ Correspondencia: MARCELO VALENCIA. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101. Colonia San Lorenzo Huipulco, México, D.F. México. *E-mail:* valencm@imp.edu.mx

RESUMEN

Se presenta la comparación de tres modalidades de intervención: terapia psicosocial, musicoterapia, y terapias múltiples, en 58 pacientes con esquizofrenia quienes fueron canalizados aleatoriamente a los tres grupos bajo estudio. Los pacientes fueron evaluados al inicio y al final de las intervenciones que tuvieron seis meses de duración. Los pacientes de las tres modalidades obtuvieron beneficios terapéuticos de distinta proporción en el funcionamiento psicosocial y en la actividad global, y con diferencias en la magnitud de la eficacia de cada intervención, siendo las más efectivas la terapia psicosocial, y la musicoterapia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en cuanto a recaídas y rehospitalizaciones. En la terapia psicosocial y en la musicoterapia el grado de deserción fue en menor grado y de igual forma estas dos intervenciones presentaron un mayor nivel de adherencia terapéutica en comparación con las terapias múltiples.

Palabras clave: Esquizofrenia, intervenciones psicosociales, funcionamiento psicosocial, recaídas, rehospitalizaciones, adherencia terapéutica

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que se caracteriza por la presencia de la sintomatología psicótica, así como porque incapacita al paciente de una manera considerable en su funcionamiento ocupacional, social, económico, de pareja con su componente sexual y familiar, es decir en su funcionamiento psicosocial total. Debido a lo incurable de la enfermedad los pacientes necesitan tomar medicamentos antipsicóticos (AP) de por vida y también recibir alguna forma de intervención psicosocial para mejorar su funcionamiento psicosocial (FPS). Para la psicología clínica y para la psicoterapia de pacientes con esquizofrenia, es de vital importancia considerar el uso de los AP ya que solamente cuando el paciente se encuentra estable clínicamente se puede intervenir a nivel psicoterapéutico, por lo tanto los AP son la base fundamental del tratamiento, los cuales deben ser complementados con otro tipo de intervenciones terapéuticas. En los últimos 50 años se han desarrollado un sin fin de modalidades terapéuticas para este tipo de pacientes, entre ellas se encuentran una gran diversidad de terapias, tratamientos o intervenciones psicosociales (Benton & Schoroeder, 1990; Bellack, & Mueser, 1993; Liberman, & Corrigan, 1993; Penn & Mueser,

1996; Falloon, Coverdale, & Broker, 1996; Wykes, Tarrier & Lewis, 1998; Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998; Brenner & Pfammatter, 2000; Huxley, Rendall & Sederer, 2000; Kopelowicz & Liberman, 2003; Valencia, Ortega & Rodríguez, 2004), terapias familiares (Falloon, 1984; Zastowny, Lehman, Cole & Kane, 1992; Mari & Steiner, 1994; Sánchez & Mares, 1998; Valencia, Rascón & Quiroga, 2003), las de emoción expresada (Leff, Kuipers, Berkowitz & Sturgeon, 1985; Barrowclough & Tarrier, 1990; Kavanagh, 1992), las psicoeducativas (Berkowitz, Eberlein-Fries, Kuipers & Leff, 1984; Macpherson, Jerrom & Hugues, 1996; Fresan, 2001; Buchkremer, Klingberg, Holle et al., 1997; Hornung, Feldman, Klingberg, et al., 1998), e inclusive la musicoterapia (Pavlicevic, Trevarten & Duncan 1994; Tang et al., 1994; Murow & Unikel 1997; Murow y Sánchez-Sosa, 2003). Estas intervenciones han demostrado su efectividad ya que mejoran el FPS del paciente y sirven para prevenir recaídas y rehospitalizaciones por lo que se recomienda su uso como complemento del uso de los AP (Penn & Mueser, 1996; Liberman, 1998; Marder, 2000; Lehman, 2000; Kopelowicz, Zarate, González, et al., 2003; Lauriello, Leroot & Bustillo, 2003; Valencia et al. 2002; Valencia, Ortega & Rodríguez, 2004).

Varios estudios de meta-análisis han evaluado la implementación de diversas modalidades terapéuticas en pacientes con esquizofrenia (Benton & Schoroeder, 1990; Mari & Steiner, 1993; Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998). Para ilustrar esto se cita solamente un ejemplo: Huxley, Rendal & Sederer (2000) evaluaron 70 estudios de intervenciones individuales, grupales y familiares que tenían como base el uso de los medicamentos AP en los pacientes, quienes como resultado de las intervenciones mejoraron en su sintomatología, así como en su funcionamiento social y vocacional. Los autores concluyen que la aplicación de diversas intervenciones incrementan los beneficios del uso de los medicamentos AP y por lo tanto mejoran el funcionamiento de las personas con trastornos psicóticos. Por otro lado se encontró que en México y en Latinoamérica no existen estudios controlados en los que se compare la efectividad de tres o más modalidades terapéuticas en pacientes con esquizofrenia. Tomando en cuenta estas consideraciones se plantearon los objetivos de esta investigación que consistieron en comparar a la TPS, la MT, y las TM para lo cual se evaluó el funcionamiento psicosocial (FPS), la actividad global (AG) (síntomas y la actividad psicológica, social y laboral), las recaídas y las rehospitalizaciones durante las intervenciones, así como el nivel de adherencia terapéutica (AT). Se hipotetizó que en cada modalidad se obtendrían mejorías terapéuticas con la interrogante respecto a cual sería la magnitud del efecto de cada intervención.

MÉTODO

Participantes

La muestra se conformó de pacientes con esquizofrenia que asistían a la Consulta Externa de la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF). Se utilizó un diseño aleatorio controlado comparando las tres modalidades de intervención para lo cual se consideró a 54 pacientes quienes fueron canalizando a cada intervención quedando inicialmente 18 pacientes en cada

modalidad. De los 18 pacientes canalizados a cada intervención, 2 de ellos, que suma un total de 6 pacientes (11,1%) nunca se presentaron para iniciar su terapia correspondiente, por más intentos que se hicieron de localizarlos para recordarles su compromiso previo a participar en las terapias, el resultado fue que decidieron no asistir por lo que el proceso terapéutico se inició con una muestra de 16 pacientes en cada modalidad quedando una muestra inicial de 48 pacientes con quienes se iniciaron las intervenciones. Durante el estudio algunos pacientes no pudieron terminar su tratamiento: un paciente de la TPS, uno de MT y tres de la modalidad de TM, quedando al finalizar las intervenciones con 15 pacientes en la TPS, 15 en la MT y 13 en las TM que suma un total de 43 pacientes que terminaron las intervenciones, a los que se deben agregar 15 pacientes del Grupo Control (GC) de comparación, quedando una muestra final de N = 58 pacientes. El GC se conformó de una lista de espera de pacientes con esquizofrenia que cumplieron con todos los criterios diagnósticos y de inclusión/exclusión al estudio. Este grupo recibió únicamente el tratamiento farmacológico, sin ninguna intervención terapéutica, el cual estuvo a cargo de dos psiquiatras con quienes los pacientes asistían a citas mensuales con una duración de 20 minutos por consulta.

Se consideraron pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-IV (1994) y la CIE-10 (1992), (el diagnóstico fue hecho por dos psiquiatras de manera independiente) y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: que estuvieran tomando sus medicamentos AP, y que por lo tanto se encontraran estables clínicamente de su sintomatología psicótica, que no se encontraran hospitalizados, que durante su participación en las intervenciones no estuvieran en ninguna terapia adicional, hombres y mujeres, con edades entre los 16 y los 50 años, que tuvieran educación primaria terminada, que vivieran con sus familias, y que residieran en la Ciudad de México o área metropolitana, y que firmaran una carta de consentimiento informado. Se excluyó

a los pacientes cuya cronicidad no permitió su estabilidad clínica a pesar del uso de los medicamentos AP.

Tratamientos

Terapia psicosocial. Fue diseñada por Valencia (1996) tomando en cuenta los resultados de varios estudios realizados respecto a la problemática psicosocial de pacientes con psicosis aguda y con esquizofrenia crónica (Valencia, 1986, 1986, 1988, 1991, 1998, 1999, 2001). La TPS está basada en los programas de entrenamiento en habilidades sociales (social skills training) cuya efectividad ya ha sido demostrada (Lieberman, 1998; Kopelowicz, Zárata, González, et al., 2003) La TPS actúa sobre las incapacidades de la enfermedad y tiene como objetivo principal que los pacientes adquieran un nuevo repertorio de habilidades psicosociales o que recuperen aquellas habilidades que tenían pero que fueron afectadas por la enfermedad, todo esto con el propósito de mejorar su desempeño de roles para tener un FPS comunitario satisfactorio. La terapia está conformada por cinco áreas de intervención a través de las cuales se abordan problemas: 1) ocupacionales, 2) de relaciones sociales, 3) aspectos económicos, 4) relaciones de pareja con su componente sexual, y 5) relaciones familiares. La terapia se iniciaba tratando algunos aspectos específicos de la esquizofrenia como: el proceso de enfermarse y las consecuencias que llevan a la incapacidad, la conciencia de enfermedad, la importancia del uso y cumplimiento con los medicamentos AP, la prevención de recaídas y rehospitalizaciones, así como la importancia de terminar con el proceso terapéutico (adherencia terapéutica). Estos aspectos están directamente relacionados con las áreas de la TPS debido a que forman parte del proceso de la enfermedad e inciden de manera considerable en el FPS del paciente. En las sesiones los pacientes podían hablar de su problemática psicosocial en cada una de las áreas de intervención, también se utilizaba la técnica de "role playing" o de desempeño de roles que les permitía aprender habilidades para desempeñar nuevos roles siempre acompañados de la retroalimentación

correspondiente del grupo y de los terapeutas. Para la terminación de la terapia los pacientes establecían metas y compromisos de acuerdo a sus posibilidades para tener un satisfactorio funcionamiento comunitario. Las sesiones con los pacientes estuvieron a cargo de un terapeuta (doctor en psicología clínica) que trabajó bajo la modalidad de terapia grupal, la cual ha sido ampliamente recomendada para este tipo de pacientes (Kopelowicz, Zárata, González, et al., 2003; Liberman, & Corrigan, 2003; Malm, 1990; Valencia, Ortega & Rodríguez, 2004).

Musicoterapia. A través de ella también se entrenan habilidades sociales, pero con un componente de interacción social y con mayor énfasis en los aspectos afectivos (Bruscia, 1998; Murow & Sánchez-Sosa, 2003; Pavlicevic, Trevarthen & Duncan, 1994). Los objetivos generales de la intervención consistieron en que los pacientes pudieran: 1) desarrollar habilidades sociales y mejorar su funcionalidad, y 2) mejorar los síntomas negativos. En cada sesión se trabajaron los siguientes aspectos: contacto con la realidad, atención, concentración, interacción interpersonal, reconocimiento y expresión de los sentimientos. Además, se trataron temas como: características de la esquizofrenia, importancia de los medicamentos y asistencia a las consultas médicas, así como a la terapia, los síntomas de las recaídas y su detección temprana, relaciones familiares y sociales, y requisitos para buscar un trabajo, entre otros. El trabajo se hizo con técnicas de improvisación clínica en el que tocaban diversos instrumentos de percusión melódicos y no melódicos, ya que son accesibles a todos los pacientes. Esta técnica parte de la base de que la forma como uno toca los instrumentos y enfrenta la tarea y a la música es la manera como se relaciona con el mundo y por lo tanto se puede modificar la experiencia de la relación con el mismo (Bruscia, 1987). El trabajo con los pacientes era grupal y directivo, y estaba orientado al aquí y el ahora para así adquirir las habilidades que requieren para lograr los objetivos. El terapeuta escuchaba las producciones musicales de los pacientes siguiendo los lineamientos de los Perfiles de Evaluación

de la Improvisación (Improvisational Assessment Profiles, Bruscia, 1987) e intervenía de acuerdo con lo que escuchaba y con el objetivo de la tarea que se estaba realizando. El terapeuta guiaba el trabajo en la música y las discusiones verbales y en ocasiones elegía el tema de la sesión. El trabajo musical se basaba en el tema elegido, a partir del cual se pedía a los pacientes que tomaran un instrumento, se proponía una improvisación individual, posteriormente se hablaba sobre ella, se seguía con una improvisación de grupo, de pareja, en grupos pequeños o individual. El terapeuta podía acompañar a los pacientes en la improvisación dependiendo del producto terapéutico/musical. Al término de cada sesión se les preguntaba qué habían aprendido de ellos mismos y se les pedía que indicaran cómo lo iban a poner en práctica en la vida diaria. Al final de la sesión los pacientes evaluaban su participación en la misma. El trabajo de musicoterapia fue conducido por una musicoterapeuta entrenada y certificada por el Certification Board for Music Therapists de los Estados Unidos.

Terapias múltiples. En esta modalidad se incluyeron las siguientes terapias: psicoterapia individual (PI), psicoterapia grupal (PG), terapia ocupacional e inducción laboral (TOIL), y taller de pintura, dibujo artístico y manualidades (TPDAM). Para la implementación de estas terapias se utilizaron las propuestas respecto al tratamiento integral descritas por Díaz (1994, 1999) quien planteó para la PI y para la PG los objetivos siguientes: “1) Estimular y dirigir la comunicación entre los pacientes, particularmente en relación a la concepción que tienen de su padecimiento, a las experiencias y a factores ligados con el mismo, 2) Reforzar y/o estimular la conciencia de la enfermedad, 3) Ayudar a identificar los factores ambientales, familiares y personales que desencadenan la sintomatología, 4) Aclarar la función que tienen los medicamentos AP y la importancia de tomarlos con responsabilidad, 5) Identificar estrategias positivas de enfrentamiento hacia la enfermedad, y en tal caso fortalecerlas, 6) Buscar conjuntamente con los pacientes otras posibles estrategias.” En la TOIL

se plantearon como objetivos la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración laboral. Las habilidades para la búsqueda del empleo se refieren a la adquisición o recuperación de información y conocimientos necesarios que conduzcan al paciente a una orientación vocacional y a tener la intención de tener un empleo. En el TPDAM, los objetivos consistieron en: “1) Capacitar a los pacientes en la adquisición de habilidades para desarrollar actividades manuales (papel maché, tarjetería española, cerámica mexicana horneada, pintura y decorado), 2) Proporcionar al paciente la capacitación para desarrollar habilidades en alguna técnica laboral/manual que le permita obtener ingresos económicos a largo plazo”. La PI como su nombre lo indica se llevó a cabo con cada paciente de manera individual a cargo de una terapeuta, el resto de las terapias se realizaron de manera grupal: la PG, en co-terapia, la TOIL con una terapeuta como responsable, y el TPDAM a cargo de una terapeuta respectivamente.

Instrumentos

Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) (Valencia, 1989). Evalúa el funcionamiento psicosocial en cinco áreas: ocupacional, social, económica, pareja-sexual y familiar, permite también conocer el funcionamiento psicosocial global (FPSG) del paciente. El FPS se evalúa de acuerdo al nivel de satisfacción-insatisfacción que reporta el paciente respecto a su desempeño de roles en las cinco áreas de funcionamiento, considerando un total de 35 reactivos, para lo cual se utiliza un sistema de calificación tipo likert que incluye 5 niveles de evaluación (Tabla 2). La escala tiene un alto grado de validez y confiabilidad (mayor a 0,83 en todas las áreas, $p < 0,01$ para su uso en México (Valencia, 1989), y ha sido utilizada en más de 100 proyectos de investigación. Su aplicación puede ser realizada por un entrevistador previamente capacitado en su manejo, mediante una entrevista directa al paciente. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 45 minutos.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (DSM-IV, 1994). Evalúa la combinación de la sintomatología y la actividad psicológica, social y laboral del paciente en un continuum de salud-enfermedad. Esta escala actualmente forma parte del Eje V del DSM-IV (1994), en el cual se considera que su aplicación: "puede ser particularmente útil para seguir la evolución del progreso clínico de los pacientes en términos globales" Se califica con un puntaje mínimo de 1 hasta 100 como puntaje máximo. Un puntaje bajo indica menor salud mental del paciente, mientras que un puntaje alto representa un mejor funcionamiento en la actividad global y por lo tanto mejor salud mental del paciente. Para su utilización es necesario que el entrevistador tenga entrenamiento clínico. El tiempo de aplicación de la escala es de 5 minutos.

Procedimiento

A través de la Consulta Externa, los pacientes fueron referidos a la Coordinación General del Proyecto en donde se verificó el diagnóstico de esquizofrenia por medio del CIDI (Robbins et al., 1988), así como el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión al estudio. Como una variable constante, todos los pacientes recibieron medicamentos AP a lo largo de las intervenciones a cargo de dos psiquiatras de la Clínica de Esquizofrenia. La muestra seleccionada fue evaluada al inicio y al final de las intervenciones por entrevistadores independientes ajenos al proyecto, previamente capacitados en los dos instrumentos de medición utilizados. Una vez que se verificó que los pacientes se encontraran estables clínicamente, se inició el trabajo terapéutico que estuvo a cargo de clínicos y psicoterapeutas previamente entrenados en las técnicas correspondientes a cada intervención. Para cada modalidad terapéutica, la duración de la intervención fue de 6 meses. En la TPS y en la MT se trabajó de manera grupal con los pacientes dos sesiones semanales, una hora por sesión, (2 horas semanales) con un total de 44 sesiones (44 horas en total) para cada modalidad terapéutica. En las TM, la PI fue de 30 minutos cada 15 días (6 horas en total); la PG fue de una

hora cada semana (24 horas en total), la TOIL de 2 horas a la semana (48 horas en total), y el TPDAM de una hora semanal (24 horas en total) con un total de 102 horas para el total de las TM. Las sesiones se llevaron a cabo en salas diseñadas específicamente para la psicoterapia, amplias, bien iluminadas, libres de ruido e interrupciones.

Análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows 11.5. Se empleó la estadística descriptiva para ilustrar las variables sociodemográficas. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para medidas repetidas considerando a los 4 grupos bajo estudio en cuanto a las diferencias entre 3 factores: Inter-sujetos (Grupo); Intra-sujetos (Tiempo); y la interacción entre cada tratamiento y el tiempo de evaluación al inicio y al final de las intervenciones (Grupo-Tiempo). De igual forma se obtuvieron las medias al inicio y al final de las intervenciones respecto al FPS por área y al FPSG, lo mismo que para la evaluación de la AG. Se utilizó la prueba t de student para comparar los cambios entre el pre y postratamiento y se determinó un nivel de significancia equivalente al 5%.

También se evaluó la magnitud del efecto de cada intervención, para lo cual se calculó el Índice de Cambio Confiable (ICC) propuesto por Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) que se utiliza para evaluar el cambio clínico significativo en sujetos después de participar en una situación terapéutica específica para lo cual se utilizó la fórmula del ICC modificada por Christensen & Mendoza (1986):

$$CS = \frac{X_1 - X_2}{S_{dif}}$$

en donde CS se refiere al Cambio Significativo; X_1 a la puntuación pretest de los sujetos; X_2 a la puntuación post test de los sujetos; S_{dif} corresponde al error estándar de la diferencia de medición entre los puntajes obtenidos. Como primer

paso se obtuvo el error estándar calculando las diferencias de medición entre los puntajes de cada instrumento utilizado, para lo cual se aplicó la siguiente fórmula: $S_{dif} = \sqrt{2S_E^2} <$, en donde S_E es la desviación estándar del error de medición del puntaje del instrumento correspondiente. Así por ejemplo si en el FPS la desviación estándar fue de 0,32, la $X_1 = 3,6$ y la $X_2 = 2,1$, se calculó la $S_{dif} = \sqrt{2(0.32)^2} = \sqrt{2(0.10)} = \sqrt{0.20} = 0.45$. Posteriormente se evaluó el Cambio confiable: $ICC = (3,6 - 2,1) / 0,45 = 3,30$. Este índice se debe comparar contra una distribución z, considerando que el valor más aceptable es de $\pm 1,96$. Si el ICC es mayor a este valor se considera que ha ocurrido un cambio confiable en la intervención respectiva, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los pacientes aparecen en la tabla 1.

Interacción del funcionamiento psicosocial y actividad global entre las intervenciones.

Se probó la relación entre el FPS por áreas, así como en la AG, en las 3 modalidades de intervención, y en el grupo control al inicio y al final de los tratamientos a través de un análisis de varianza para medidas repetidas. En cada una de las áreas se encontró una diferencia significativa entre las modalidades $F = 3,04$ y $p < 0,05$ (Grupo) con excepción del área familiar $F = 1,04$, $p = 0,38$. Cuando se compararon las diferencias entre las mediciones al inicio y al final (Tiempo) de cada modalidad, se observó fuerza de asociación entre los grupos y el tiempo, al encontrar diferencias significativas en todas las áreas y en el FPSG. Respecto al FPSG se corroboraron las diferencias entre el puntaje del FPSG: $F = 5,89$, $p < 0,05$ y $F = 59,4$, $p < 0,05$ y la asociación entre Grupo, Tiempo y Grupo-Tiempo. En la AG se observó una situación similar que en el FPSG: $F = 50,56$, $p < 0,05$.

TABLA 1

Características sociodemográficas

Grupo	Terapia Psicosocial n=15		Musicoterapia n= 15		Terapias Múltiples n=13		Control n=15	
	f	%	f	%	f	%	f	%
N=58								
Sexo								
Masculino	11	73.3	10	66.6	12	92.3	12	80.0
Femenino	4	26.6	5	33.3	1	7.7	3	20.0
Estado civil								
Soltero	15	100	8	53.3	11	84.6	14	93.3
Casado	0	0	3	20.0	0	0	0	0
Separado	0	0	4	26.6	2	15.4	1	6.7
Ocupación								
Trabaja	3	20.0	5	33.3	3	23.1	4	26.7
Desempleado	12	80.0	10	66.7	10	76.9	11	73.3
Educación (años)	11.4+-2.8		13.0+-2.2		11.3+-2.3		11.0+-1.6	
Edad (Media y De)	29.6+-7.7		32.1+-7.7		29.8+-6.1		28.1+-7.8	
Edad de inicio de la enfermedad (años)	20.3+-6.3		24.2+-6.3		22.6+-4.4		23.1+-4.1	

Funcionamiento psicosocial

En la Tabla 2 se observa la comparación del nivel de funcionamiento por área y el FPSG al inicio y al final de las tres modalidades de intervención, así como del grupo control. Al comenzar las intervenciones, tomando en cuenta las medias obtenidas, los pacientes se ubicaron en el nivel 3 que indica que se encontraban a neutrales e indiferentes respecto a su funcionamiento en todas las áreas con excepción el área social de la TPS en donde indicaron sentirse insatisfechos ($M = 4,0$) que corresponde al nivel 4, así como el área familiar de la modalidad de TM ($M = 2,7$) y el área familiar del GC ($M = 2,9$) en las que reportaron un funcionamiento satisfactorio que corresponde al nivel 2. En la evaluación inicial, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de funcionamiento entre las tres modalidades de intervención, ni en el GC. En la TPS, los pacientes mejoraron su funcionamiento pasando del nivel 3 inicial en el FPSG ($M = 3,6$) al nivel 2 final, que indica que al terminar la terapia se encontraban satisfechos respecto a su funcionamiento en todas las áreas, así como en el FPSG ($M = 2,1$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el inicio con la terminación de la intervención en todas las áreas ($p < 0,05$), así como en el FPSG ($p < 0,05$). En MT, al finalizar la intervención, los pacientes presentaron mejorías terapéuticas en todas las áreas sobre todo en el área familiar en donde terminaron en el nivel 2 que corresponde a satisfecho ($M = 2,6$) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), aunque al terminar se mantuvieron en el mismo nivel 3 que es con el que iniciaron la terapia. En el área social mejoraron pero dentro del mismo nivel 3 de neutral-indiferente: $M = 3,7$ al inicio y $M = 3,2$ al finalizar la intervención ($p < 0,05$), así como en el FPSG: $M = 3,5$ al inicio y $M = 3,1$ al final ($p < 0,05$). Respecto a las TM, los pacientes también reportaron mejorías: pasaron del nivel 3 al nivel 2, en las áreas social ($M = 2,9$), económica ($M = 2,8$) y familiar ($M = 2,6$), aunque en estas tres áreas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, las cuales fueron únicamente en el área social ($p < 0,05$), y en el FPSG ($p < 0,05$). En las áreas ocupacional (inicio, $M = 3,6$ y final, $M = 3,3$) y la

de pareja/sexual (al inicio, $M = 3,6$ y al terminar, $M = 3,3$) también mejoraron pero dentro del mismo nivel 3 sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas en estas dos áreas. En el FPSG los pacientes mejoraron pero se mantuvieron dentro del mismo nivel 3: $M = 3,3$ en la evaluación inicial y $M = 3,0$ en la evaluación final, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). En los pacientes del GC no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación inicial y la final en ninguna de las áreas, ni en el FPSG.

Actividad global

En la Tabla 3 se presenta la comparación del nivel de la AG al inicio y al final de las tres intervenciones, así como del GC. En la TPS los pacientes iniciaron con una $M = 41,0$, los de MT con una $M = 41,4$, los del grupo de TM con una $M = 43,8$ y los del GC con una $M = 44,0$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, lo que indica que todas las intervenciones iniciaron en el mismo nivel de AG ubicándose en el rango de 41-50. Al comparar a los grupos al final de las intervenciones se encontró que los pacientes de la TPS obtuvieron una $M = 67,6$, ($DE = 7,29$); el grupo de MT presentó una $M = 54,4$, ($DE = 8,05$) y el grupo de TM terminó la intervención con una $M = 54,5$, ($DE = 4,39$). En los tres grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el inicio y el final de cada intervención: TPS: $t = -13,56$ ($p < 0,05$); MT: $t = -6,96$ ($p < 0,05$) y TM: $t = -7,62$ ($p < 0,05$), lo que indica que los tres grupos mejoraron de manera considerable. Los grupos de MT ($M = 54,4$) y TM ($M = 54,5$) se ubicaron en el rango de 51-60 al finalizar las intervenciones. Sin embargo el grupo de TPS ($M = 67,6$) se ubicó en el rango de 61-70, lo que indica que su nivel de funcionamiento fue en un nivel superior al de los otros grupos bajo estudio. En el GC no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la evaluación inicial ($M = 44,0$, $DE = 2,53$) y la final ($M = 43,2$, $DE = 2,91$), lo que indica que en este grupo no hubieron mejorías ya que se mantuvieron dentro del mismo rango entre 41-50, desde el inicio hasta el final del tratamiento farmacológico.

TABLA 2

Comparación del funcionamiento psicosocial al inicio y al final de las intervenciones

Intervención	Terapia psicosocial n=15						Musicoterapia n=15						Terapias múltiples n=13						Grupo Control n=15					
	Inicial		Final		t	p	Inicial		Final		t	p	Inicial		Final		t	p	Inicial		Final		t	p
Areas	M	De	M	De	t	p	M	De	M	De	t	p	M	De	M	De	t	p	M	De	M	De	t	p
Ocupacional	3.8	.52	2.0	.02	13.36	.001*	3.8	.62	3.4	.83	1.79	0.095ns	3.6	.51	3.3	.76	1.83	0.091ns	3.5	.72	3.4	1.00	-.25	0.80ns
Social	4.0	.51	2.0	.08	14.69	.001*	3.7	.32	3.2	.63	3.57	0.003*	3.6	.67	2.9	.76	2.65	0.021*	3.5	.72	3.7	.76	1.09	0.29ns
Económica	3.3	.53	2.1	.24	9.78	.001*	3.3	.57	3.1	.57	1.51	0.152ns	3.0	.58	2.8	.52	0.92	0.374ns	3.1	.49	3.3	.59	1.95	0.7ns
Pareja/sexual	3.7	.45	2.2	.40	11.93	.001*	3.5	.60	3.2	.86	1.32	0.208ns	3.6	.61	3.3	.45	1.91	0.081ns	3.5	.42	3.6	.46	1.71	0.109ns
Familiar	3.3	.65	2.2	.37	5.98	.001*	3.2	.58	2.6	.84	3.26	0.006*	2.7	.69	2.6	.65	0.89	0.390ns	2.9	.64	3.1	.81	0.98	0.345ns
FPSG	3.6	.32	2.1	.13	18.76	.001*	3.5	.37	3.1	.52	3.94	0.001*	3.3	.40	3.0	.43	2.51	0.027*	3.3	.33	3.4	.50	1.52	0.151ns

_FPSG=Funcionamiento psicosocial global

ns=no significativo

Niveles de Funcionamiento Psicosocial: 1=muy satisfecho, 2=satisfecho, 3=neutral-indiferente, 4=insatisfecho, 5=muy insatisfecho

TABLA 3

Comparación de la actividad global al inicio y al final de las intervenciones

Evaluación	Inicial		Final		Comparación		
	M	DS	M	DS	PG *	t	p
Grupo							
Terapia psicosocial	41.0	2.22	67.6	7.29	+26.6	-13.56	0.001
Musicoterapia	41.4	3.04	54.7	8.05	+13.0	-6.96	0.001
Terapias Múltiples	43.8	4.16	54.5	4.39	+10.6	-7.62	0.001
Control	44.0	2.53	43.2	2.91	-0.8	0.83	42 ns

PG *= Puntaje de ganancia obtenido entre la evaluación inicial y final de las intervenciones

ns= no significativo

Magnitud del efecto de las intervenciones

En la tabla 4 se presenta el Índice de Cambio Confiable (ICC) que es otra forma de evaluar la eficacia de intervenciones psicológicas. Se observa que en el FPS, la TPS con un ICC = 3,30 demostró tener un mayor cambio significativo en comparación con la MT con un ICC = 0,76, las TM con un ICC = 0,53, y el GC con un ICC = 0,25.

El efecto del cambio fue significativo para la TPS ($p < 0,05$), mientras que en la MT, en las TM y en el GC no se encontraron cambios significativos. Al evaluar la magnitud del cambio en la AG, el ICC en la TPS fue de 8,5, en la MT de 3,0, en las TM de 1,8 y en el GC de 0,2. La magnitud del cambio ocurrió en la TPS y en la MT ya que el ICC en cada una de ellas fue mayor al compararlo contra la distribución z con un valor aceptable de

$\pm 1,96$, lo cual indica que los pacientes de estas dos intervenciones experimentaron un cambio confiable con un nivel de significancia de $<0,05$, aunque nuevamente la magnitud del cambio fue mayor en la TPS, seguida de la MT. En las TM no se registró un cambio confiable lo mismo que en el GC.

Recaídas, rehospitalizaciones y adherencia terapéutica

Las recaídas han sido definidas como “la exacerbación de la sintomatología psicótica que provoca malestar en el paciente y en su funcionamiento, y en consecuencia implica un ajuste en los medicamentos AP”. Las recaídas se detectaron y evaluaron a través de las manifestaciones del paciente, de sus familiares y/o las observaciones de los terapeutas durante las sesiones. Para verificar una recaída, se corroboró la exacerbación de la sintomatología con un incremento del 20% en los síntomas, o con puntaje total mayor a 60 de acuerdo a La Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANNS) (Kay, Fiszben & Vital-Herne, 1990). Las rehospitalizaciones se entienden como “el internamiento del paciente debido al incremento de la sintomatología de la enfermedad, que no pudo ser controlada con los medicamentos AP ni con ninguna otra forma de intervención”. Las recaídas indican que en la TPS, MT y TM, un paciente de cada intervención recayó que corresponde a un paciente (6,6%) de 15 que terminaron la TPS, a uno (6,6%) de 15 que finalizaron la MT y a uno (7,6%) de 13 que concluyeron las TM, en el GC las recaídas fueron en mayor porcentaje (13,3%) ya que dos pacientes recayeron. Al evaluar las rehospitalizaciones, ningún paciente de la TPS, MT y TM fue internado en comparación con un paciente (6,7%) del GC. El cumplimiento con la asistencia a las sesiones para la TPS fue de 88,5%, para la MT de 89,0 %, y para las TM de 85,5%, que corresponde a un alto nivel de AT (100-90 = Excelente; 89-80 = Alto; 79-70 = Bueno; 69-60 = Regular; 59-50 = Malo; 49-40 = Pésimo). El número de pacientes que no terminaron su intervención correspondiente fue de un paciente (6,3 %), para el grupo de TPS, un paciente (6,3 %) para el grupo de MT, y tres pacientes en el grupo de TM

que corresponde al (18,7%). Respecto a la terminación de las intervenciones, en la TPS, de un total de 16 pacientes que empezaron, 15 la terminaron que corresponde al 93,7%, en la MT la situación fue similar con un porcentaje de terminación del 93,7%, que de acuerdo a la evaluación de los niveles de AT, estas dos intervenciones tuvieron un excelente nivel de AT. En las TM de los 16 pacientes que empezaron su proceso terapéutico, 13 de ellos lo concluyeron, reflejando un 81,2% de terminación, lo cual, indica un alto nivel de AT.

DISCUSIÓN

La psicología clínica ofrece la posibilidad de tratar a personas con alguna enfermedad mental, en éste caso a pacientes con esquizofrenia en quienes se utilizaron diversas modalidades terapéuticas. Por su parte la investigación clínica permite evaluar la eficacia de cada intervención. Universalmente se ha reconocido que la evaluación de las intervenciones psicológicas es indispensable por lo menos por dos razones: 1) considerar si los procedimientos utilizados generan cambios en los sujetos, y 2) si los cambios observados son de suficiente magnitud (Pedroza, Galán, Martínez, et al., 2002). Cuando se comparan varias intervenciones es conveniente determinar la efectividad de cada intervención de manera que los resultados obtenidos no sean producto de otras variables ajenas a la intervención, sino que se deban exclusivamente al efecto de cada intervención en la conducta de los sujetos. Para la presente investigación se realizaron tres tipos de análisis estadísticos para evaluar la eficacia de las intervenciones: 1) el análisis de varianza, 2) los cambios generados, confirmados a través de la prueba t de student, y 3) la magnitud del efecto, es decir, el cambio clínico significativo. Se consideró conveniente llevar a cabo otros análisis estadísticos que no se limitaran a considerar exclusivamente a la variable independiente como la única generadora de cambios estadísticamente significativos, ya que en algunos casos aunque estos cambios sean estadísticamente significativos, el efecto de esta variable puede ser muy reducido. En este sentido la medición de la magnitud de la significancia

clínica consiste como lo plantea Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) en tener la seguridad que la cantidad de cambio sea de tal magnitud como para demostrar que éste no se debe al azar. Kazdin (2000) indica que el cambio clínico significativo consiste en evaluar si el procedimiento utilizado (la intervención) tiene que ver con un cambio real que sea medible en diversos aspectos de la vida del paciente. En este sentido los resultados de esta investigación permiten llegar a varias conclusiones. La primera indica que los pacientes que participaron en la TPS, MT y TM, presentaron mejorías en el FPS, así como en la AG por lo que en general obtuvieron beneficios terapéuticos. En los pacientes del GC no hubo mejorías en ninguna de las variables estudiadas, lo que indica que con los AP los pacientes se mantuvieron estables en su sintomatología, pero como consecuencia de que no tuvieron ninguna intervención terapéutica no presentaron ninguna mejoría a nivel psicosocial. La segunda conclusión respecto al Anova realizado indica que hubo diferencias Inter-sujetos (Grupo); Intra-sujetos (Tiempo) y en la interacción entre estos (Grupo-Tiempo). Lo cual quiere decir que las 3 modalidades y el GC, se comportaron de manera similar en los tipos de medición arriba mencionados. La tercera conclusión tiene que ver con un análisis más detallado, en cuanto a que hubo diferencias en la magnitud de la eficacia de las intervenciones en las variables medidas. Estas diferencias se pueden deber a las variantes en los objetivos específicos de cada intervención y también a los instrumentos de evaluación utilizados

En cuanto a las recaídas, las rehospitalizaciones, y la asistencia a las sesiones terapéuticas no se encontraron diferencias considerables entre la TPS, MT y las TM. En el GC el porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones fue en mayor proporción que en los otros tres grupos. El porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones durante cada una de las intervenciones fue mucho menor que lo que se ha reportado a nivel internacional que es de alrededor del 50% (Bebbington, 1985; Perkins, 1999 & 2002), o como lo plantean Hogarty & Ulrich (1998) después de revisar diversos estudios de

intervenciones psicosociales aplicadas como complemento de los medicamentos AP en donde encontraron que la posibilidad de recaídas se reduce hasta en un 50%. En el presente estudio considerando el porcentaje de recaídas de la TPS; MT y las TM que se reportó en un rango de 6,6% a 7,6%, la disminución de recaídas se redujo por arriba del 90% (92,4%). Esto se podría explicar, considerando que los 6 meses de intervención podría ser un tiempo muy corto como para esperar que los pacientes recayeran en una mayor proporción. En todo caso, se comprueba lo encontrado por Hogarty y Ulrich (1998) que cuando se combinan los medicamentos AP con alguna forma de intervención psicosocial la posibilidad de recaídas disminuye. Respecto al número de pacientes que terminaron las intervenciones, los pacientes de la TPS y de la MT, con un 93,7% de terminación en cada una, tuvieron un excelente nivel de AT en comparación con los pacientes de la modalidad de TM cuyo nivel fue alto: 81,2%, de acuerdo a los niveles de evaluación de la AT. Otro aspecto importante se refiere al número de sesiones terapéuticas que se trabajaron con los pacientes, así como a la cantidad de terapeutas utilizados en las tres intervenciones. De acuerdo a la evaluación de la magnitud del cambio de cada intervención, la TPS y la MT presentaron cambios significativos, con un número menor de sesiones y con menos terapeutas, en comparación con las TM, que no presentaron un índice de cambio confiable, con un mayor número de sesiones y terapeutas, lo cual indica que la utilización de una mayor cantidad de horas y terapeutas no garantizan un mayor efecto terapéutico, por lo que se concluye que en esta investigación y para éste tipo de pacientes debe reconsiderarse la conveniencia de que un mayor número de sesiones y de terapeutas, no parece redituarse en un mayor cambio terapéutico.

Una limitación del presente estudio tiene que ver con la imposibilidad de haber realizado el seguimiento a los pacientes después de las intervenciones. Dificultades en cuanto a recursos humanos y económicos impidieron prolongar el estudio y por lo tanto utilizar un diseño longitudinal, característico de estudios de seguimiento. Algunos meta-análisis (Huxley et al.,

2000; Mojtabai et al., 1998) han encontrado en los estudios revisados, dificultades metodológicas en cuanto a diseño, muestras insuficientes, la duración de las intervenciones, etc. Algunos estudios no evaluaron la magnitud del cambio, otros tenían como objetivos reducir recaídas, otros hicieron seguimiento pero no utilizaron un grupo control, lo cual indica que no existen estudios totalmente perfectos. Con todo, los resultados de la presente investigación coinciden con lo que se ha reportado a nivel internacional respecto a la necesidad e importancia de que los pacientes con esquizofrenia reciban diversas formas de intervenciones psicológicas, además de los medicamentos AP, las cuales a lo largo de los años han demostrado su efectividad en beneficio de estos pacientes.

En cuanto a las implicaciones de las intervenciones en psicología clínica se puede comentar como una limitante determinante el hecho de que todavía en Latinoamérica no existe una cultura de hacer investigación clínica, debido a la falta de infraestructura, a la falta de apoyo a la investigación y al desinterés de los psicólogos. Muy pocos psicólogos se dedican al tratamiento de pacientes con esquizofrenia y este número disminuye considerablemente a los que realizan investigación clínica. En México, por ejemplo, existen varios grupos que se dedican a realizar intervenciones clínicas psicológicas y psicoterapéuticas en esquizofrenia, sin embargo, somos un grupo de psicólogos que realiza tratamiento e investigación con metodología rigurosa en esta área de estudio y que publica los resultados. En Chile y Argentina son escasas las publicaciones empíri-

cas en psicología clínica (Vera-Villaruel & Mustaca, 2006), aunque últimamente se ha reportado un incremento de trabajos en otras áreas como la psicología básica del aprendizaje (Ardila, Pérez-Acosta & Gutiérrez, 2005). La tendencia consistiría en crear una cultura de investigación en Latinoamérica realizando estudios con metodologías rigurosas como en Europa, Estados Unidos y Canadá. Algunos autores en Latinoamérica ya se encuentran abordando diversos aspectos de las intervenciones clínicas y la psicoterapia como los indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico (Krauze et al., 2006), los problemas de la evaluación de las psicoterapias (Pérez, 1975), los problemas de interpretación y de tratamiento efectivo (Paniagua, 1981) quien refiere que todavía no existe un criterio común para determinar la efectividad o no efectividad de los tratamientos. Martínez y Francia (1992) encontraron que en más de la mitad de los estudios que revisaron acerca de la efectividad de la psicoterapia en niños y adolescentes se estaban haciendo esfuerzos para evaluar la magnitud del cambio comparando los cambios con un grupo control. Queda todavía mucho por hacer en esta área de estudio, en nuestro caso se nos invitó a participar en El Consenso Latinoamericano de Esquizofrenia que producirá un documento para el 2007 que servirá como una guía para el tratamiento de este tipo de pacientes en Latinoamérica, en donde la terapia psicosocial que desarrollamos ha sido incluida y se espera que pueda servir como un modelo de intervención para su uso en esta región en pacientes con esquizofrenia.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Washington: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global*. Washington: Masson.
- Ardila, R., Pérez-Acosta, A. & Gutiérrez G. (2005). Psicología del aprendizaje: investigación básica publicada en revistas iberoamericanas indexadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 595-615.
- Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1990). Social functioning in schizophrenic patients. The effects of expressed emotion and family intervention. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 25, 125-129.
- Bebbington, P. E. (1995). The content and context of noncompliance. *International Clinical Psychopharmacology*, 9 Suppl 5, 41-50.

- Bellack, A.S., & Mueser, K. T. (1993). A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 22, 175-189.
- Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R., Kuipers, L. & Leff, J. (1984). Educating relatives about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 418-429.
- Benton, M. K. & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics, meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Brenner, H. D., Pfammatter, M. (2000). Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, suppl 407, 74-77.
- Bruscia, K.E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield, MO: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K.E. (1998). *Defining Music Therapy*. 2nd Ed. Chichester: Wiley.
- Buchkremer, G., Klingberg, S., Holle, R., Schulze Monking, H. & Hornung, W.P. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers. Results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 450-491.
- Christensen, L., & Mendoza, J.L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC Index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- Díaz, R. (1994). *El programa de tratamiento y rehabilitación integral para el paciente esquizofrénico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*. Protocolo de investigación.
- Díaz, R., Rascón, M.L., Valencia, M., Unikel, C., Murow, E., Rascón, D., Leños, C. & Ortega, H. (1999). El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 22, 104-113.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. & McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Falloon, I. R. H., Coverdale, J. H. & Brocker, C. (1996). Psychosocial interventions in schizophrenia: A review. *International Journal of Mental Health*, 25, 3-21.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R.E., Lóyzaga C. & García-Anaya, M.D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Mental*, 24 (4), 36-40.
- Hogarty, G. E., & Ulrich, R.F. (1998). The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 243-250.
- Hornung, W.P., Feldmann, R., Klinberg, S., Buchkremer, G. & Reker, T. (1998). Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key persons. Results of a five-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 162-167.
- Huxley, N., Rendall, M. & Sederer, L.L. (2000) Psychosocial treatments in schizophrenia. A review of the past 20 years. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 187-201.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-452.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Vital-Herne, M. (1990). Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish Adaptation. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 178, 510-517.
- Kavanagh, D. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kazdin, A.E. (2000). The meaning and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 332-339.
- Kopelowicz, A. & Liberman R. P. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illness. *Psychiatric Services*, 54 (11), 1491-1498.
- Kopelowicz, A., Zarate, R., González, V., Mintz, J. & Liberman, R. P. (2003). Disease management in latinos with schizophrenia: A family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 2, 211-227.
- Krauze, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valés, N., Vilches, O., Echávarri, Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. & Ramírez I. (2006) Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
- Lauriello, J., Lenroot, R. & Bustillo, J. (2003). Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 191-211.
- Lehman, A. (2000). What happens to psychosocial treatment on the way to the clinic. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1, 137-44.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. & Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Liberman, R. P., & Corrigan, P.W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 56, 238-249.

- Liberman, R. P. (1998). Biobehavioral therapy: Interactions between pharmacotherapy and behaviour therapy in schizophrenia. En T. Wykes., N. Tarrier & S. Lewis (Eds), *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia* (179-199). Chichester: Wiley.
- Malm, U. (1990). Group therapy. En A. Kales (Ed), *Handbook of Schizophrenia*, Vol 4. Psychosocial treatment of schizophrenia (pp. 191-211). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Macpherson, R., Jerrom, B. & Hughes, A. (1996). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 709-717.
- Marder, S. R. (2000). Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 407, 87-90.
- Mari, J.J. & Steiner, D. (1994) An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, 24, 565-578.
- Martínez-Taboas, A. & Francia-Martínez, M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: Revisión de estudios controlados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 237-258.
- Mojtabai, R., Nicholson, R. & Carpenter, B. (1998). Role of psychosocial treatments in the management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 569-87.
- Murow, T.E. & Sánchez-Sosa, J.J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26, 47-58.
- Murow, T.E., & Unikel, C. (1997). La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 20, 35-40.
- Murow, T.E. (1998). El uso de la musicoterapia para mejorar las relaciones interpersonales de los pacientes con esquizofrenia. *Psicología Iberoamericana*, 6 (4), 40-47.
- Murow, T.E. & Unikel, S.C. (2001) La musicoterapia y la terapia de danza y movimiento expresivo: aproximaciones novedosas al tratamiento del paciente con esquizofrenia. En H. Ortega & M. Valencia (Eds.), *Esquizofrenia, estado actual y perspectivas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- National Association for Music Therapy, Inc. Brochure, Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: OMS.
- Paniagua, F. (1981). El problema fundamental de la interpretación y el tratamiento efectivo en psicología clínica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13, 51-74.
- Pavlicevic, M., Trevarthen, C. & Duncan, J. (1994) Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *Journal of Music Therapy*, XXXI, 86-104.
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R. & Ayala, H. (2002). Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 73-84.
- Penn, D.L. & Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
- Pérez, A. (1975). La evaluación de las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 7, 357-380.
- Perkins, D. (1999). Adherence to antipsychotic medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (21), 25-30.
- Perkins, D. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1121-1128.
- Robins, L.N., Wing, J.K. & Wittchen, H.U. (1988). The composite international diagnostic interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Sánchez, M. A. & Mares, M. L. (1998). Modelo de intervención multifamiliar y unifamiliar con pacientes esquizofrénicos. *Psicología Iberoamericana*, 6, 34-39.
- Tang W., Yao, X. & Zheng, Z. (1994) Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A 1 month randomized controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 24) 38-44.
- Valencia, M., Otero, B. R., Rascón, M. L. (1986). Un modelo de intervención clínica en un hospital mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 32, 41-51.
- Valencia, M. (1986). Formulación de principios de tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico. *Revista Mexicana de Psicología*, 3, 37-43.
- Valencia, M. (1988). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos. *Revista Psiquiatría*, 12, 72-86.
- Valencia, M., Rojas, E., González, C., Ramos, L., Villatoro, J. (1989). Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 31, 674-687.

- Valencia, M. (1991). El hospital mental como instrumento terapéutico: El rol del psicólogo en la práctica clínica institucional. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 99-107.
- Valencia, M. (1996). Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Revista Psiquiatría*, 12, 72-86.
- Valencia, M. & Rascón, M.L. (1998). Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 8, 18-33.
- Valencia, M. (1999). Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental*, 22, 128-137.
- Valencia, M. (1999). Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 2, 31-40.
- Valencia, M., Rascón, M. L. & Ortega, H. (2001). El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En H. Ortega & M. Valencia (Eds), *Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas* (pp. 399-454). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Valencia, M. (2001). El manejo comunitario de la esquizofrenia. En H. Ortega & M. Valencia, (Eds), *Esquizofrenia: Estado actual y perspectivas* (pp. 547-607). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Valencia, M., Ortega, H., Rascón, M. L., & Gómez, L. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 358-369.
- Valencia, M., Lara, M. C., Rascón, M. L., & Ortega, H. (2002). La importancia de los tratamientos farmacológico y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 2, 6-21.
- Valencia, M., Rascón, M. L. & Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26, 5, 1-18.
- Valencia, M., Ortega, H., Rodríguez, M. S. & Gómez, L. (2004). Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Primera Parte. *Salud Mental*, 27, 3, 47-53.
- Valencia, M., Ortega, H., Rodríguez, M. S., Gómez, L. (2004). Estudio comparativo respecto a consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Segunda Parte. *Salud Mental*, 27, 4, 35-43.
- Vera-Villaruel P., Mustaca A. (2006, en prensa) Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, (3).
- Wykes, T., Tarrrier, N. & Lewis, S. (1998). *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester: Wiley.
- Zastowny, T.R., Lehman, A.F., Cole, R., Kane, C. (1992). Family management of schizophrenia: A comparison of behavioural and supportive family treatment. *Psychiatric Quarterly*, 63, 159-186.

Recepción: agosto de 2005

Aceptación final: agosto de 2006

